

DE

L'ATROPHIE UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1903

PAR

Emile VIGOUROUX

Né à Montpellier (Hérault), le 17 février 1877

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech .	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRAÑEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiene.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
ESTOR, *professeur.*

MM. DE ROUVILLE, *agrégé.*
IMBERT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

PAUL VIGOUROUX

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

E. VIGOUROUX.

AVANT-PROPOS

Au moment de mettre le sceau à nos études médicales, que tous ceux : parents, maîtres et amis qui nous aidèrent de leur affection ou de leur savoir, reçoivent ici l'expression de notre plus vive gratitude.

Entre tous, celui qui fut notre premier maître et notre meilleur ami, celui qui goûterait le plus de satisfaction et le plus de joie à nous voir toucher le but, notre père, n'est plus auprès de nous. Et c'est notre grand regret.

Puissions-nous, fils reconnaissant, honorer dignement sa mémoire en mettant toute notre ambition à continuer son œuvre et en faisant effort pour réaliser les désirs qu'il a conçus sur nous.

M. le professeur Tédenat nous honore de son amitié et nous a depuis longtemps accepté dans son intimité ; aussi l'idée nous est naturellement venue de nous adresser à lui pour le choix de notre thèse. Il nous a prodigué les meilleurs conseils et les plus utiles indications. Notre dette de reconnaissance envers lui est grande.

Tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté devraient être nommés ici, car tous nous ont montré de l'intérêt et de la sympathie, la plupart continuant au fils l'amitié qu'ils portaient au père.

A M. le Doyen Mairet, à MM. les professeurs Grasset, Carrieu, Baumel et Brousse, nous sommes redevable de

notre expérience médicale ; MM. les professeurs Tédenat, Truc, Forgue et Estor ont édifié la partie chirurgicale de nos connaissances.

MM. les professeurs Hamelin et Rauzier, dont nous avons pu apprécier le savoir au chevet du malade cher ; MM. les professeurs agrégés De Rouville, Vallois, Puech, Vires, Imbert et Jeanbrau méritent, eux aussi, que nous gardions leur souvenir, car leurs leçons nous ont été du plus grand profit.

M. le professeur Hamelin a bien voulu, à différentes reprises, nous éclairer de ses conseils. La sympathie qu'il nous a toujours témoignée s'est particulièrement accusée depuis que le secours d'un père nous manque. Nous lui avons déjà dit la reconnaissance que nous lui en devions. Nous tenions à la lui exprimer ici.

Que M. le professeur Blum, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, médecin en chef de la Compagnie P.-L.-M., reçoive l'expression émue de notre reconnaissance ; car, lui aussi, nous a fait éprouver que la confraternité n'est pas un vain mot dans la grande famille médicale.

Nous serions attristé si, maintenant, nous devions nous éloigner de tous nos maîtres aimés. Nous proposant d'exercer au siège même de la Faculté, il nous sera agréable de leur témoigner de près le respect, le dévouement et l'affection auxquels ils ont droit.

INTRODUCTION

Chez la femme adulte, les dimensions de l'utérus varient entre de faibles limites, et au milieu de la période intermenstruelle on peut lui assigner les dimensions suivantes :

		Cruveilhier	Sappey	Testut	Rieffel
Nullipares	Longueur. .	5 à 7	6.2	6 à 7	6
	Largeur. . .	4 à 5	4	4	4
Multipares	Longueur. .	5 à 8	6.8	7 à 8	7
	Largeur. . .	4 à 5	4.3	5	4.5

L'utérus augmente de volume dans la semaine qui précède la menstruation et diminue peu à peu dans la semaine qui la suit.

Il est des cas dans lesquels l'utérus a un volume supérieur de un à deux centimètres en longueur et subit un élargissement proportionnel sans qu'il y ait des troubles morbides bien nettement déterminés. On a appliqué à ces cas la dénomination de *gigantisme utérin*. Mais presque toujours ces états sortent de l'ordre physiologique et constituent des affections morbides à symptomatologie et à pathogénie variables. Tantôt il s'agit d'un processus irritatif, d'une inflammation de l'organe dépendant d'une lésion chronique autochtone; tantôt c'est de la congestion liée à des lésions variables des ovaires ; mais plus souvent de la congestion chronique consé-

cutive à de la stase d'origine cardiaque ou hépatique ; enfin c'est très souvent un état de sclérose hypertrophique dépendant de l'arthritisme (Richelot, Treube, Schauta).

En opposition avec ces cas, où les dimensions de l'utérus sont sensiblement supérieures aux dimensions normales, il est des cas où l'organe a un volume moindre. Or ici il faut distinguer deux ordres de faits.

Dans la première catégorie il s'agit d'utérus qui a subi un arrêt de développement et qui n'a jamais atteint les dimensions normales de l'utérus chez une femme pubère. Ici, au terme d'*atrophie* il faut préférer celui d'*hypoplasie* qui a été employé par Wirchow et qui indique une insuffisance primitive dans la formation de l'organe.

Dans la seconde catégorie, l'utérus, qu'il soit complètement développé ou qu'il soit le siège d'une insuffisance primitive de développement, subit, par le fait de troubles nutritifs de causes variables, une réduction de son volume qui le fait plus petit qu'il n'était antérieurement : c'est là une véritable *atrophie de l'utérus*.

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail l'*atrophie utérine proprement dite*. Mais, pour faciliter l'intelligence de cette étude et rendre plus commode le diagnostic entre « l'atrophie proprement dite » et « l'hypoplasie », nous résumerons brièvement les connaissances actuelles sur l'insuffisance de développement de l'organe utérin.

DE

L'ATROPHIE UTÉRINE

CHAPITRE PREMIER

DES HYPOPLASIES UTÉRINES

On pourrait faire rentrer dans ce chapitre tous les cas de développement incomplet de l'utérus, depuis ceux dans lesquels on trouve entre la vessie et le rectum une bandelette épaisse qui représente les conduits de Müller à peine reconnaissables à de fines dissections. Mais, nous conformant à la tradition, nous nous contenterons de faire l'histoire succincte de l'utérus « fœtalis » et de l'utérus « pubescens », qui diffèrent peu l'un de l'autre.

Utérus fœtalis et utérus infantilis. — *Anatomie pathologique.* — Les caractères anatomo-pathologiques normaux dans l'utérus pendant les derniers mois de la vie intra-utérine persistent plus ou moins nets chez l'adulte. Le col est plus long que le corps. Ses parois sont épaisses : celles du corps sont plus minces. Le col est conique et a

son orifice externe étroit jusqu'à être filiforme. Dans l'ensemble, l'organe est cylindrique, rapetissé avec une longueur interne variant de deux à quatre centimètres.

On a voulu distinguer l'utérus « fœtalis » de l'utérus « infantilis. » Dans le premier, les plis de la muqueuse existeraient à la fois dans le col et dans le corps, tandis que dans le second ils seraient limités à la partie cervicale. La muqueuse est mince, avec de petites dépressions glandulaires, mais sans de véritables glandes tubulées (de Sinety). Le vagin est le plus rarement très court et très étroit ; mais parfois il a des dimensions normales. Les organes génitaux externes sont souvent peu développés avec un pannicule adipeux très mince, des poils rares. Les ovaires et les trompes sont plus souvent rudimentaires que normalement développés. Les mamelles sont ordinairement de petites dimensions, avec un appareil glandulaire rare, parfois enfoui dans un tissu adipeux assez abondant. Il faut ajouter que ces utérus « fœtalis » et « infantilis » peuvent être bicornes et qu'ils sont assez fréquemment en état de rétroversion ou d'antéversion. Nous avons eu l'occasion, en février 1902, d'en voir deux exemples dans le service de M. le professeur Tédenat.

Au point de vue clinique, il y a ordinairement aménorrhée, les malades ayant quelquefois une poussée de leucorrhée douloureuse à l'époque qui devrait être celle de leur menstruation. Dans d'autres cas, il y a une menstruation très peu abondante et très douloureuse. La stérilité est la règle. Le désir vénérien tantôt existe, tantôt fait défaut : cela dépend beaucoup de l'ambiance dans laquelle vivent les malades. La chlorose est souvent associée à cette insuffisance de développement de l'utérus : le cœur est souvent peu développé et il peut y avoir une hypoplasie générale du système vasculaire (Wirchow) ou, comme on

l'a dit en Allemagne, une « hypoplasie du feuillet moyen du blastoderme. »

D'ailleurs cet état d'hypoplasie de l'appareil vasculaire n'est pas spécial à la femme. On l'observe aussi chez l'homme. Quel que soit le sexe, ces sujets sont souvent de petite taille, avec des os graciles, une musculature peu développée, les extrémités souvent froides, avec sueurs faciles et abondantes des mains et des pieds.

Par suite du développement insuffisant des vaisseaux et des divers viscères, des reins en particulier, l'élimination urinaire se fait mal ; et si ces sujets usent de substances toxiques : alcool, tabac, etc., et des aliments toxiniques : viandes, mets épicés, etc., ils arrivent à l'accumulation de produits toxiques par suite de l'insuffisance rénale et deviennent des hypertensifs et plus tard des scléreux.

Ces notions, sur lesquelles nous avons souvent entendu M. le professeur Tédenat insister dans ses cliniques, expliquent pourquoi, chez beaucoup de ces malades, et souvent surtout chez les chlorotiques, le régime lacto-végétarien donne de très bons résultats, tandis que l'alimentation carnée aggrave plutôt les troubles morbides.

On conçoit encore le rôle de l'hygiène de la peau : bains chauds, préférables à l'hydrothérapie froide, à cause de la réaction difficile et insuffisante ; frictions sèches ; vie en plein air, etc., etc... La chlorose, dans bien des cas, nous le croyons, n'est qu'une intoxication où, abstraction faite de l'alimentation et d'autres facteurs, intervient pour une grande part l'insuffisance rénale, « la renale inadequacy » des Anglais, liée elle-même au développement insuffisant de l'appareil aortique, des artères émulgentes en particulier.

Le diagnostic différentiel entre l'utérus « fœtalis » et

l'utérus « pubescens » est surtout basé sur l'état du col, plus ferme et un peu plus développé dans le second cas. Du reste, la différenciation, qui n'a plus grande importance, peut être rendue difficile par des complications inflammatoires, tant du côté de l'utérus que de ses annexes. Les divers traitements qui ont été employés se sont montrés sans résultat, au point de vue du développement de l'organe et de l'accomplissement de ses fonctions. Tout ce que l'on peut faire, c'est de combattre la dysménorrhée, surtout par une bonne hygiène, dont nous avons montré les grandes lignes ci-dessus, et par des sédatifs, tels que : le bromure, l'arsenic, la teinture de viburnum prunifolium. On a conseillé aussi, dans des cas de dysménorrhée très tenace et très douloureuse, l'ablation des ovaires.

Utérus pubescens. — Au point de vue *anatomo-pathologique*, cet utérus a des dimensions intermédiaires entre l'utérus « fœtalis » et l'utérus normal des femmes vierges. L'organe est rapetissé dans toutes ses dimensions ; il a des parois peu épaisses ; sa muqueuse est mince, avec les plis de l'arbre de vie peu développés. Le corps et le col sont de longueur à peu près égale. Les ovaires, les trompes, le vagin, les mamelles se trouvent peu développés aussi.

Au point de vue *clinique*, l'utérus « pubescens » se rapproche de l'utérus « infantilis ». La menstruation souvent fait défaut ou est peu abondante, avec des séries de mois d'aménorrhée. Chez quelques femmes : chlorose plus ou moins prolongée et établissement de la menstruation à 18, 20 ans ; ménopause souvent très précoce, à 25, 30 ans. Nous avons bien souvent entendu M. le professeur Tédenat dire : « Menstruation tardive, ménopause pré-

coce. » La stérilité est fréquente ; pourtant, il ne faut pas désespérer de voir, sous l'influence d'une hygiène convenable, l'utérus se développer, la menstruation se régulariser et des grossesses survenir après plusieurs années de mariage stérile.

Une telle tardivité de la grossesse peut bien provenir d'infections gonococciques, si tenaces parfois, mais elle reconnaît souvent pour cause le retard que met l'appareil génital à atteindre son complet développement ; c'est d'ailleurs, en grande partie, sous l'influence d'excitations génitales normales qu'un utérus, dont l'évolution s'est ainsi suspendue, reprend et termine cette évolution.

Nous avons dit que beaucoup de ces femmes sont de complexion faible ; elles présentent, comme dit M. le professeur Tédenat, une insuffisance de « féminisation » avec des os graciles et un bassin peu développé, ayant quelques-uns des attributs du bassin masculin. Mais il n'est pas rare de rencontrer l'« utérus pubescens » chez des femmes de haute taille, dont les caractères sexuels sont peu accentués, à musculature développée, manquant souvent des formes arrondies de la femme, ayant parfois le bassin haut et étroit, et du poil au menton.

Le diagnostic se fera en comparant les dimensions relatives du col et du corps, en mesurant la longueur totale de l'utérus. Nous ajouterons que « l'utérus pubescens » est souvent dévié, surtout en rétroversion : parfois il semble bien que cette déviation soit en rapport avec un raccourcissement de la paroi postérieure du vagin.

C'est dans ces cas que Skène a conseillé de pratiquer une incision transversale dans le cul-de-sac postérieur, de redresser l'utérus, et d'appliquer deux ou trois points de suture à direction transversale.

Cette opération produit un véritable allongement de la

paroi postérieure du vagin. Nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois avec profit par M. le professeur Tédenat.

Dans les cas d'« utérus pubescens» reconnu, la question se pose de savoir s'il faut conseiller ou déconseiller le mariage. Ballantyne le désapprouve, faisant valoir comme argument la stérilité probable. Mais c'est là une question difficile à trancher, et dans un cas donné on se basera sur le degré d'hypoplasie et sur l'ensemble de l'état général. La menstruation régulière sera en faveur du mariage, qui peut, nous l'avons vu, favoriser jusqu'à un certain point le développement de l'organe et l'apparition de la fonction. En dehors d'une bonne hygiène : vie au grand air, exercice méthodique parmi lesquels la bicyclette recommandée en Angleterre, il pourra y avoir indication à donner du fer, de l'arsenic. On a vanté l'électrothérapie sous forme de courants continus : le pôle positif appliqué sur le col, le pôle négatif appliqué sur la région lombaire.

On voit qu'il n'y a pas de délimitation précise et facile de l'« utérus pubescens ». Il est des utérus ayant en longueur les dimensions normales, mais dont le fond est moins large qu'à l'état normal, dont le col est allongé et conique et à orifice étroit. Dans ces derniers, la dilatation du col, un traitement hygiénique et médicamenteux capable de relever la nutrition générale, le redressement par le massage, par l'opération de Skène, lorsque le raccourcissement de la paroi vaginale l'indique, pourront faciliter le développement de l'organe et le mettre en état de remplir ses fonctions.

Il faut savoir que ces utérus peuvent devenir le siège de formations fibromateuses, et dans deux cas, nous avons vu des fibromes nés sur le fond de l'organe pesant 2.500 gr. et 3.200 gr. La cavité utérine avait les dimensions internes de 4 et 5 centimètres seulement (Observation du service de M. le professeur Tédenat).

CHAPITRE II

ATROPHIE UTÉRINE

Nous avons déjà défini ce qu'il fallait entendre par atrophie vraie de l'utérus. Nous n'y reviendrons pas et nous entrerons aussitôt dans notre sujet.

Thorn (Zeitsch für Gebushilfe und Gynœcologie, vol. XXVI, 1899, p. 57) a proposé la division suivante :

- A. *Atrophies physiologiques*
  - α Atrophie sénile.
  - β Atrophie artificielle ou de castration.
  - γ Atrophie de lactation ou hyperinvolution.
- B. *Atrophies pathologiques*
  - α Atrophie puerpérale.
  - β Atrophies non puerpérales
    1. Par maladies générales.
    2. Par maladies infectieuses.
    3. Par intoxications.
    4. Par affections mentales.
    5. Par lésions de l'utérus ou des annexes.

Nous allons passer en revue ces différentes sortes d'atrophies, ne nous arrêtant plus spécialement que sur les plus courantes, sur celles que l'on rencontre souvent dans la pratique.

A. Atrophie physiologique. — α *Atrophie sénile.* — Parmi les atrophies physiologiques, l'atrophie sénile n'a pas d'intérêt, pas plus pour la malade que pour le médecin

lorsqu'elle survient à l'âge normal : 48, 50 ans. Elle ne mérite d'attirer l'attention que lorsqu'elle se produit avant la quarantième année.

Cette ménopause précoce survient quelquefois de très bonne heure chez des femmes qui ne paraissent présenter aucun trouble appréciable de leur santé générale. Mais, en explorant les divers organes, on trouve quelquefois des signes plus ou moins nets de sclérose. Nous avons déjà signalé que chez certaines femmes, la menstruation s'établissait très tard : 18, 20 ans, et que la ménopause survenait de très bonne heure : 24, 25 ans. Ces femmes ont souvent été des chlorotiques et ont présenté une hypoplasie très appréciable de l'appareil génital correspondant presque toujours à une insuffisance de développement de l'appareil cardio-vasculaire.

Déjà, en 1838, Ashvell regardait la chlorose comme une maladie de déchéance habituellement congénitale, liée à un arrêt de développement portant principalement sur les organes hémato-poiétiques. Plus récemment, Hayem, Malassez, Hénocque ont vu le substratum anatomique de la chlorose dans une hypoplasie hématique, caractérisée par une insuffisance organique et fonctionnelle des hématies. D'ailleurs, les travaux de Wirchow, de Fraenckel, nous ont appris qu'avec les lésions du sang qui ne font jamais défaut, on rencontre souvent chez les chlorotiques des hypoplasies portant sur le cœur qui est atrophié, sur l'appareil artériel : aorte chlorotique de Wirchow, artère pulmonaire rétrécie de Hanot, rétrécissement mitral pur de Potain et Teissier. Hanot, Gilbert après Trousseau, Hardy, Potain, Landouzy ont insisté sur les rapports entre ces tares dystrophiques congénitales isolées ou diversement combinées et la tuberculose des parents.

Ces manifestations cardiaques et vasculaires par dys-

trophie hérédo-tuberculeuse ont une évolution souvent fort lente et il est incontestable qu'elles peuvent se manifester très nettement du côté de l'appareil génital avant d'avoir déterminé des troubles capables d'attirer l'attention vers d'autres organes. Récemment, le docteur Mosny, médecin des hôpitaux de Paris, a résumé cette question et insisté sur ce fait que les manifestations cardio-angio-hématiques de l'hérédo-dystrophie para-tuberculeuse peuvent être envisagées comme une entité morbide à évolution souvent lente, à lésions généralisées, multiples ou localisées suivant les cas. Elles sont une cause fréquente de troubles anatomiques et physiologiques de l'appareil utéro-ovarien : l'atrophie utérine en est un effet assez fréquent.

En voici deux exemples, que nous a communiqués M. le professeur Tédenat :

1er cas. — Femme de 23 ans, de taille au-dessus de la moyenne, à musculature assez développée, duvet abondant à la lèvre supérieure, réglée à 19 ans pour la première fois, sept ou huit fois par an seulement, perdant quelques gouttes de sang durant deux ou trois jours, avec douleurs dysménorrhéiques.

M. le professeur Tédenat, consulté à cause de la stérilité (mariage à 33 ans), trouve un utérus petit, en rétroversion avec raccourcissement de la paroi postérieure du vagin. L'hystéromètre donne trois centimètres et demi de longueur utérine.

Un an plus tard, c'est-à-dire à 24 ans : ménopause définitive Souffle de rétrécissement mitral, artères petites et dures, céphalée fréquente, extrémités froides. Tous ces troubles améliorés par le régime lacto-végétarien, des

bains chauds, des frictions sèches. Le père et deux frères étaient morts tuberculeux, la mère, âgée de 63 ans, était soignée par M. le professeur Tédenat au moment où cette jeune femme la consulta pour un cancer de l'utérus.

2me cas. — Femme de taille moyenne, 25 ans. Petits vaisseaux, un peu d'emphysème pulmonaire, albuminerie fréquente, accidents de chlorose à 15 ans, réglée à 19 ans, trois ou quatre fois par an, avec douleurs vives. Ménopausee à 25. Utérus dur, presque réduit au corps, d'une longueur interne de 3 centimètres; la mère et deux tantes maternelles mortes de tuberculose. Un frère de la mère goutteux dès l'âge de 30.

ε *Atrophie artificielle ou suite de castration.* — On sait que l'ablation des ovaires détermine une atrophie de l'utérus. Les règles sont supprimées, et si parfois des observateurs ont cru de bonne foi les voir réapparaître, nous partageons l'opinion d'Hegar et de Pleaslee, qui pensent que ces menstruations extraordinaires, après l'ablation des deux ovaires, sont dues seulement à un état congestif de l'utérus et des parties environnantes. Cette menstruation irrégulière, incomplète, accidentelle et anormale dans la plus grande majorité des cas, ne peut être considérée comme une vraie menstruation : c'est un écoulement sanguin pathologique. Nous exceptons, bien entendu, les cas rares, dans la science, d'ovariotomies où la malade est porteur d'un troisième ovaire laissé intact et sain dans l'abdomen par l'opérateur qui l'ignore.

Dans la plupart des cas de castration chez la femme, l'utérus diminue de volume. Les glandes disparaissent en grande partie. L'épithélium perd ses cils vibratils. Par

places, de cylindrique il devient cubique ou aplati. Ces notions ont été appliquées par Hégar, par Lawson Tait, par Bouilly, par M. le professeur Tédenat au traitement des fibromes utérins. Mais l'ablation des ovaires et des trompes en tant que traitement des fibromes utérins n'a plus que de rares indications depuis les perfectionnements de la technique de l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Nous n'avons pas d'ailleurs à insister davantage sur ces faits.

γ *Atrophie de lactation ou hyperinvolution.* — L'influence de l'accomplissement de la fonction de l'allaitement trop prolongé ou trop abondant sur la sclérose utérine est un fait bien connu. On sait dans quels rapports intimes sont ces deux organes : seins et utérus. Un simple attouchement du sein chez la femme peut provoquer le désir vénérien. Une succion de mamelon chez la nourrice réveille, les premiers jours après l'accouchement, les coliques utérines.

De même la lactation favorise l'involution utérine ; et d'après Pinard, il y aurait relation étroite, rapport de cause à effet, entre la congestion mammaire qui survient au moment de l'allaitement et la décongestion utérine et par suite l'involution.

L'utérus est donc influencé d'une façon manifeste par le sein : allaitement et grossesses sont solidaires. Tarnier sur le point spécial de l'involution utérine n'est point aussi absolu que Pinard ; d'après lui, la part importante de l'involution de l'utérus revient à la constitution générale du sujet : « Les conditions individuelles, dit-il, ont sur la marche de la régression utérine une influence beaucoup plus grande que l'allaitement. »

Pour Frænckel (Archiv für Gynœcologie, 1901, p. 120

et suivantes) « l'atrophie de lactation de l'utérus » est surtout au début de l'allaitement un phénomène physiologique. La plupart des femmes qui allaitent en sont atteintes. Mais pas toutes. Cette atrophie physiologique a la même évolution pour cet auteur que l'atrophie puerpérale. La dégénérescence des fibres musculaires l'emporte sur la régénération de ces mêmes fibres ; surtout dans les cas de mauvaise alimentation, quand les femmes, qui sont la plupart des ouvrières, se sont levées trop tôt pour reprendre leur travail.

Cette atrophie de lactation commence le plus souvent au troisième mois d'allaitement, parfois même plus tôt et elle guérit en général spontanément : ou pendant l'allaitement, ou après le sevrage.

Très souvent aussi la guérison arrive pendant le septième mois qui suit l'accouchement, quand bien même l'enfant n'a pas été sevré.

« La guérison est tellement fréquente, dit Fraenckel, que chez des femmes allaitant 9 mois et plus, et qui viennent trouver le médecin se plaignant d'aménorrhée, on découvre le plus souvent une nouvelle grossesse plutôt qu'une atrophie de lactation. »

Mais ce processus de décongestion de l'utérus peut dépasser son but physiologique. Dans certains cas, la régression utérine s'exagère jusqu'à produire une véritable atrophie comparable en tous points à celle qui suit la castration double que nous venons de traiter. Telle est aussi l'opinion de Frommel, Chiari, Hart, Barbour, Simpson.

Aussi doit-on bien surveiller l'utérus durant la lactation. Si au bout de quatre semaines après s'être réduit en deçà de son volume normal il ne commence pas à s'accroître à nouveau, s'il reste stationnaire, si même il diminue encore, il faut sevrer immédiatement l'enfant. C'est alors que la

régression physiologique devient à proprement parler une atrophie véritablement pathologique. Il faut autant que possible l'éviter.

Tzeytlin, Blondel, Gottschalk tendent, en particulier, à attribuer à cette atrophie de lactation une grande proportion d'hyperinvolution utérine. Simpson, au contraire, qui ne lui attribue pas une aussi grande importance, ne l'a observée, dit-il, que deux fois sur vingt-deux cas personnels d'atrophie utérine.

Les femmes qui y sont plus exposées sont surtout celles chez qui la sécrétion lactée, une fois établie, ne cesse pas et semble vouloir se substituer, mais d'une façon continue, au flux utérin désormais disparu. Chez certaines femmes, une galactorrhée ennuyeuse, et qu'aucun traitement ne peut tarir, s'établit, faisant suite à l'allaitement véritable. Elle s'accompagne d'une aménorrhée qui précédemment était le corrélatif normal de la lactation, mais qui maintenant a cessé d'être physiologique, est même devenue pathologique, étant l'indice de sclérose utérine, et se complique de bouffées de chaleur, de palpitations, de vertiges, d'engraissement : tous signes d'atrophie génitale.

Pour prévenir cette atrophie de « super-lactation », comme l'appelle Frænckel, il faut défendre aux femmes, par avance, l'allaitement trop prolongé.

Dans ces cas-là, on sent au palper un utérus dur, petit, dont le col a presque entièrement disparu. Parfois même on ne peut sentir le corps à travers une paroi abdominale souple et peu épaissie, tant il est diminué de volume. Dans certains cas même, l'utérus est réduit à si peu de chose, qu'on peut dire, avec Simpson, que certaines femmes n'ont que « l'ombre d'un utérus ». C'est dans ces cas qu'une fine sonde peut à peine pénétrer dans la cavité

à une profondeur de 15 millimètres. Aussi faut-il être très prudent dans le maniement de l'hystéromètre et ne pas perforer un utérus à si minuscules parois.

B. — Atrophie pathologique. — α *Atrophie puerpérale*. L'atrophie puerpérale a été étudiée par Kiwisch, Jacquet, Simpson, Müller, Thorn, Freund, Ries.

D'après Sænger, dont l'opinion est acceptée par Broers et Ditrich, à l'état normal, dans les suites de couches, aucune fibre musculaire ne disparaît entièrement. C'est le contre-pied de l'opinion de Heschl, pour qui l'utérus puerpéral se renouvelait en entier, l'ancienne musculature disparaissant et étant remplacée par la nouvelle. Sænger, par contre, soutient que les fibres musculaires diminuent de volume sans disparaître.

Pour Kœlliker, enfin, une partie seulement des fibres musculaires subirait la dégénérescence graisseuse et disparaîtrait. Les autres s'atrophieraient, sans qu'il soit possible de déterminer quels sont les éléments (fibres musculaires anciennes ou nouvelles) qui subissent l'une ou l'autre dégénérescence.

Dans les suites de couches physiologiques, la muqueuse se régénère au bout de six semaines au plus, d'après Léopold. Des thromboses se sont produites au niveau de la caduque utéro-placentaire. Les caillots s'organisent, la paroi du vaisseau s'épaissit, par suite de la prolifération de la couche endothéliale. Des capillaires nouveaux pénètrent dans les thrombus, qui se vascularisent et se transforment en tissu conjonctif.

En dehors de l'insertion placentaire, si l'on râcle la paroi utérine, on a un magma composé de débris de glandes, qui ne sont pourvues d'épithélium qu'au niveau

des culs-de-sac, et de tissu inter-glandulaire qui est formé de cellules de tissu conjonctif. Les parties les plus superficielles du tissu inter-glandulaire subissent des phénomènes de dégénérescence graisseuse, et leur élimination se fait peu à peu, la muqueuse présentant ensuite un aspect plus uni.

Cette muqueuse se tasse, ses éléments glandulaires se rapprochent, les culs-de-sac des glandes s'allongent, les cellules de la partie profonde de la caduque prolifèrent.

Les vaisseaux, dont les transformations ont été bien étudiées par Williams et Babin, s'oblitèrent en partie. Nombre de capillaires, atteints de dégénérescence graisseuse, sont peu à peu résorbés.

La muqueuse, à ce moment-là, a de 1 millimètre à 1 millimètre et demi d'épaisseur (Léopold).

Dans l'infection puerpérale la musculature utérine, au contraire de ce que l'on voit dans les suites de couches physiologiques, subit d'après Ditrich la dégénérescence hyaline. Elle se nécrose, de là une véritable atrophie de l'utérus. Parfois, il y a élimination de blocs plus ou moins volumineux de la paroi utérine au cours de la puerpéralité, et si les malades guérissent il résulte de cette « metritis dissequans » un utérus qui peut être infiniment petit.

Ries a signalé quatre cas d'atrophie puerpérale rapide de l'utérus, qu'il a recueillis à la Clinique de Strasbourg. Dans un de ces cas, la mort survint deux mois après l'accouchement, par suite de l'infection. La muqueuse utérine, car c'est elle qui est d'abord et surtout lésée dans ces cas, avait complètement disparu. Dans une autre observation de Ries la plus grande partie de la paroi utérine avait ses vaisseaux thrombosés avec des parois vasculaires très épaissies. De la muqueuse, Ries ne trouva pas le moindre débris. Dans le premier et le quatrième cas

de Ries la paroi musculaire était réduite au cinquième de son épaisseur.

Dans les lésions profondes des ovaires on observe parfois des métrorragies très abondantes qui peuvent se produire en coïncidence avec des utérus absolument atrophiques. Nous avons eu l'occasion de voir deux cas de ce genre fort intéressants dans le service de M. le professeur Tédenat, qui pratiqua la castration utéro-ovarienne par la voie vaginale chez ces deux malades affligées d'annexites anciennes très douloureuses. Elles présentaient aussi des hémorragies utérines très abondantes. Dans les deux cas, les ovaires portaient des abcès multiples, l'utérus avait moins de 6 centimètres de longueur avec une muqueuse lisse qui rendait très difficile l'explication des abondantes hémorragies observées, n'eût été la présence de quelques grains vasculaires autour de glandes infractées.

Czempin a cité des faits analogues et Gottschalk a insisté sur les métrites rapidement ou lentement atrophiantes, consécutives à des ovarites de forme et de nature variées.

On comprend très bien aussi que, si au cours de l'infection puerpérale les ovaires subissent des altérations profondes soit de suppuration, soit de scléro-atrophie, il puisse en résulter pour l'utérus une atrophie comparable à celle que provoque leur ablation chirurgicale.

Des lésions atrophiques analogues à celles-là, mais pourtant voisines de l'atrophie de lactation, se voient sans cause connue ; on dit alors qu'il y a « atrophie idiopathique ».

B. Atrophie non puerpérale. — 1° *Par maladies générales.* — Nous ne passerons particulièrement en revue que les plus courantes et plus spécialement celles

où, fréquemment, l'atrophie utérine provoque une ménopause prématurée.

La tuberculose compte, au nombre de ses premiers symptômes chez la femme, l'aménorrhée. Bien des fois même, cette aménorrhée, à elle seule, suffit pour dépister un début de tuberculose. Simpson cite, dans la communication qu'il fit le 28 mai à la Société d'obstétrique d'Edimbourg, le cas d'une malade, jeune encore, qui se présenta à la visite et demanda à entrer en observation, à cause de la persistance d'une aménorrhée. « A ce moment-là, dit Simpson, il était impossible de découvrir quelque changement organique dans l'examen physique de la poitrine. » Cette femme, cependant, mourut plus tard de tuberculose, sans que ses règles aient jamais reparu.

Les malades de cette catégorie peuvent arriver à guérir leur lésion pulmonaire ; mais si pendant trop longtemps leur fonction menstruelle ne s'effectue pas, l'utérus, en vertu de la règle générale qui fait qu'un organe ne fonctionnant pas s'atrophie, l'utérus se flétrit, s'altère peu à peu, et, inaccoutumé à effectuer sa fonction menstruelle, finit par perdre à jamais son aptitude à la remplir.

L'atrophie utérine des tuberculeuses donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic ; quand elle s'accompagne d'une aménorrhée absolue, elle peut faire admettre une grossesse, surtout s'il s'y ajoute le dégoût des aliments, la dyspepsie et les vomissements : accidents fréquents dans la tuberculose. Voici une observation résumée qui nous a été communiquée par M. le professeur Tédenat :

Une femme de 23 ans, mariée depuis trois ans, de santé satisfaisante jusque-là, a, depuis six mois, une suppres-

sion complète des règles avec des pertes blanches crémeuses. Elle a du dégoût pour les aliments et des vomissements fréquents. Son ventre grossit peu à peu, avec un sentiment de pesanteur, mais sans vraies douleurs. Elle maigrit. Trois médecins consultés à cause de troubles digestifs concluent à une grossesse.

M. le professeur Tédenat, consulté au sixième mois de cette prétendue grossesse, trouve un ventre distendu, avec, dans la région sous-ombilicale, une masse vaguement fluctuante. Il pense à une péritonite tuberculeuse. On trouve le col utérin petit, dur, fermé, dirigé en avant. La main peut, à travers la paroi abdominale, sentir le fond de l'utérus perdu dans des exsudats plastiques et incliné en forte antéflexion. Dans le cul-de-sac postérieur sont des masses inflammatoires.

Dans les poumons, cavernules multiples. Aucun des confrères consultés n'avait ausculté la malade, qui ne toussait jamais, mais absolument jamais. Elle succomba à la cachexie tuberculeuse trois mois plus tard.

La chlorose qui, nous l'avons déjà dit, consiste en une dystrophie cardio-angio-hématique, fait assez souvent malheureusement de l'hypoplasie utérine. Elle évolue et peut continuer à évoluer, surtout quand il y a insuffisance rénale et que des défauts d'hygiène, ainsi qu'une alimentation mauvaise, favorisent l'*intoxinisation*. Ces malades, qui éliminent mal, et auquel le régime le plus léger possible serait bien préférable à toutes les viandes rouges dont elles font le principal de leur nourriture, et qui, sous prétexte de fortifiants, absorbent journellement des petits verres de vin médicamenteux, marchent à grands pas vers la sclérose de tous leurs organes. L'utérus n'échappe pas à cette déchéance organique générale et son atrophie provoque une ménopause prématurée.

La plupart des autres maladies générales : diabète sucré ou insipide (Pozzi, Hoffmeier), leucémie, anémie pernicieuse, mal de Bright, maladie de Basedow (Sanger, Kleinwachter), syphilis, myxœdème, etc., s'accompagnent à la longue d'un état cachectique dont l'utérus souffre comme tous les autres organes. Beaucoup d'organes sont frappés de sclérose avec dégénérescence cellulo-graisseuse ; l'utérus et les ovaires n'en sont pas exempts.

La sclérose utérine se rencontre aussi chez les femmes dont l'organisme est sous l'empire d'une diathèse ou celles dont le passé pathologique a profondément altéré les tissus, les mettant ainsi en situation de moindre résistance.

Bouillaud a été un des premiers à enseigner que le rhumatisme frappe non-seulement le cœur, mais aussi les petits vaisseaux, ceux de l'utérus entre autres ; et les altérations qui s'y produisent aboutissent fatalement à la sclérose de l'organe.

La syphilis, cette maladie sclérogène par excellence, doit figurer pour une large part dans cette étiologie. Elle paraît agir sur l'organisme en viciant le sang et par suite toute la nutrition ; elle agit par prédilection sur l'appareil circulatoire. Les artérites syphilitiques, si fréquentes, produisent de grandes perturbations organiques, dont l'utérus souffre à l'instar des autres organes.

Il est une classe de malades dignes de nous arrêter quelques instants et dont tout récemment Richelot a fait l'étude complète. Nous voulons parler de ces « arthritiques nerveuses » dont les lésions utérines ressemblent

en tous points à de la métrite, mais s'en séparent nettement. Ces affections dénommées « pseudo-métrites » ne sont pas la complication d'*infection*, mais dérivent d'un *état dystrophique* particulier qui aboutit à la sclérose. Les malades qui en sont atteintes accusent souvent dans leurs antécédents des anomalies menstruelles. Le plus souvent leurs règles ont eu de la difficulté à apparaître ; d'abord peu abondantes et de courte durée, elles ont traîné dans la suite des huit, dix jours. Ces femmes ont une tendance manifeste aux congestions utérines.

Des symptômes généraux escortent cet état local : des migraines apparaissent, des vertiges, des douleurs articulaires ou névralgiques. Le moral se prend bientôt : susceptibilité de caractère, irritabilité d'humeur, que vient exaspérer un état dyspeptique inévitable.

Quelquefois même peuvent apparaître des troubles, non plus seulement sympathiques, mais dépendant d'une modification organique propre : citons seulement le rein mobile, l'entéroptose, la ptose hépatique, les coliques hépatiques et néphrétiques.

Macroscopiquement ces utérus sclérosés sont de dimensions variables. Leur cavité peut mesurer de 8 à 15 centimètres et plus. L'aspect extérieur en est régulier, la consistance plutôt ferme, dure. La muqueuse peut présenter par points des piquetés hémorragiques. Le parenchyme est bleuâtre comme celui de certains fibromes, parfois même parsemé de petits fibromes facilement énucléables; il peut aussi être jaunâtre, d'aspect lardacé et facilement déchirable.

Au microscope, l'utérus augmenté de volume apparait comme étant le siège d'une hyperplasie au sujet de laquelle les auteurs ne sont pas complètement d'accord. Pour les uns, cette hyperplasie est de nature musculaire et porte

principalement sur les fibres lisses ; pour les autres, elle est de nature fibreuse. En tout cas, il existe très nettement une sclérose péri-vasculaire.

Quant aux glandes de la muqueuse elles sont parfois notablement hyperplasiées ; parfois aussi la muqueuse est devenue le point de départ d'adénomes, de polypes muqueux. Si des métrorragies ont eu lieu précédemment, on trouve subjacents à l'épithélium nombre de vaisseaux à paroi embryonnaire.

Les annexes peuvent être sains ; plus souvent ils présentent les caractères de la dégénérescence scléro-kystique.

Cette sclérose devient à la longue un excellent terrain d'infection.

Qu'une cause détermine cette infection et l'on assiste à l'apparition de nouveaux symptômes à travers lesquels il devient de plus en plus difficile de faire le véritable diagnostic.

2. *Atrophies par maladies infectieuses.* — Dans la plupart des fièvres éruptives et des maladies infectieuses proprement dites, il est de règle générale que les menstrues se suppriment, sinon au cours de la maladie, du moins durant la convalescence, surtout si elle est de longue durée ; dans ce dernier cas, elles peuvent même disparaître définitivement. Gottschalk cite deux cas d'atrophie utérine post-scarlatineuse, huit cas post-typhoïdiques, quatre cas post-rhumatismaux.

Cairel (de Marseille), Slavjensky, Deyke, Fraenkel, Schütz, Klautsch, ont montré la fréquence des lésions de l'utérus dans le choléra. Puech, de Nîmes, rapporte trois cas de ménopause survenue à 20 ans, à la suite d'une violente attaque de choléra. En 1870, Slavjensky signale des mé-

trorragies pendant l'épidémie de choléra. Il trouve la muqueuse très congestionnée, les vaisseaux gorgés de sang, avec extravasa sanguins et infiltration de petites cellules dans les tissus péri-vasculaires, l'épithélium superficiel desquamé et ses cellules d'aspect trouble, à noyau invisible, la couche épithéliale absente en certains points où le tissu interstitiel se montre à nu et, par places, la muqueuse desquamée et nécrosée dans toute son épaisseur. Pour Slavjensky, c'est une véritable métrite hémorragique.

D'après Wirchow, les hémorragies catarrhales ne sont pas rares dans la fièvre typhoïde. Il y a plus que congestion ; il y a inflammation vraie, à la suite de laquelle peut survenir l'atrophie de l'utérus. Massin a noté de l'inflammation de la muqueuse, des ecchymoses, même dans la musculeuse. Popoff a trouvé des desquamations de la muqueuse tubaire en même temps que de la pneumonie. Ce sont des lésions rares, sans doute, mais qu'on peut rencontrer et sur lesquelles il est bon d'être prévenu.

Schauta a trouvé, dans quelques cas de typhoïde, des lésions hémorragiques de l'utérus et des ovaires. Winkel a vu des périmétrites typhoïdiques. Gottschalk et Fritsch citent des cas d'endométrites typhoïdiques.

Dans le typhus récurrent, la pneumonie, la dysenterie, Massin, qui a pu étudier en particulier plusieurs cas d'endométrite dysentérique, trouve des modifications profondes de toute la muqueuse : glandes, vaisseaux, tissu interstitiel.

Mais certaines observations signalent des lésions plus profondes encore. Le muscle utérin lui-même est touché dans sa substance. La musculeuse présente de nombreuses lésions. Les vaisseaux sont gorgés de sang avec, çà et là, des hémorragies interstitielles infiltrant

d'une façon diffuse les tissus voisins. L'épithélium muqueux est trouble, les noyaux sont réduits, les glandes gorgées de débris épithéliaux et de leucocytes.

Massin rapproche ces lésions de celles que Slavjensky a décrites dans le choléra. Il y a là congestion intense plutôt qu'inflammation. Le résultat de toutes ces lésions peut être tel que la réparation de l'organe devienne impossible. Il s'ensuit une véritable atrophie.

L'influenza peut, elle aussi, provoquer sur l'utérus des lésions variées, telles que : hémorragies interstitielles, métrorragies, endo et paramétrite. Les hémorragies et les métrorragies de l'influenza ont été indiquées par Bierner, Meyer, Gottschalk et Müller. Les études de ces deux derniers montrent que l'endométrite est la base de ces manifestations morbides ; celles de Bierner et de Meyer notent des altérations des ovaires.

Il est quelques maladies infectieuses dans lesquelles les ovaires sont lésés. Quand ces lésions sont diffuses et graves, l'atrophie de l'utérus peut s'ensuivre. Signalons enfin l'ovarite variolique (Denos et Huchard), ourlienne, pneumonique, etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur les lésions utérines et ovariennes que peuvent causer d'autres maladies, telles que la rougeole, l'érysipèle. Des quelques exemples que nous avons passés en revue, il ressort suffisamment que l'atrophie utérine peut succéder aux maladies infectieuses.

3° *Atrophie par intoxication.* — En tête des substances qui, par leur action toxique, peuvent altérer l'utérus et déterminer son atrophie, nous citerons l'alcool. L'alcool, en dehors de certains états pathologiques aigus où il aide l'organisme à « tenir le coup », devient, s'il est

pris immodérément, un véritable poison. Il entraîne une déchéance organique qui, chez la femme, retentit sur les ovaires (analogues aux testicules masculins). Ces organes, sous l'influence de l'empoisonnement par l'alcool, ne tardent pas à s'altérer.

Les métrorragies répétées et plus ou moins abondantes sont les premiers signes révélateurs de cette altération ; plus tard le désir amoureux diminue, s'éteint ; bientôt après la fonction menstruelle disparaît, et c'est quelquefois à un âge où elle devrait être en pleine activité. Lancereaux cite le cas d'une femme ménopausée à 28 ans, sans autre cause appréciable que l'excès de boisson : absinthe en particulier. Caster (*The British Medical Journal*, 1888, t. I, p. 1383) cite le cas d'une jeune femme qui, pour chasser le chagrin qui lui était venu de la perte de ses enfants, avait pris l'habitude de l'eau-de-vie, qu'elle consommait jusqu'à la dose de six verres par jour ; cette femme vit ses règles disparaître à l'âge de 26 ans. Puech, de Nîmes, cite également le cas d'une fille publique de Toulon ménopausée de bonne heure par l'abus de l'alcool. Dans tous ces cas il convient de faire la remarque que l'alcoolisme coïncide le plus souvent avec une vie de débauche très favorable à diverses infections (gonococcie, syphilis, tuberculose), et que, par conséquent, l'une ou l'autre de ces infections a pu seconder l'alcoolisme dans son action néfaste sur l'appareil utéro-ovarien.

Nous avons encore comme cause de sclérose utérine les intoxications provoquées par la morphine, le phosphore, l'opium, le tabac et le plomb.

Lewinstein cite le cas d'une femme morphinique qui avait une atrophie génitale d'un degré très avancé. Cette atrophie disparut peu à peu, mais non complètement, après guérison du morphinisme.

Léopold, Landaux, ont observé des endo-métrites suivies d'atrophies utérines causées à leur avis par l'intoxication lente du phosphore.

L'atrophie utérine tabagique n'est pas aussi un vain mot. Nous savons, et Kostral, Delaunay, Brochard, Quinquaud, Sarré, Goyard, l'ont prouvé, que la profession d'ouvrière en tabac expose les femmes à l'avortement, à ne pas avoir de lait après leur accouchement. Les enfants de ces ouvrières sont maigres et étiolés. Leur lait, quand elles en ont, sent l'odeur du tabac (Kostial). Leurs urines, d'après les recherches d'Heurteux, Boudet, Schneider, contient de la nicotine. Elles sont exposées à avoir des prolapsus de la muqueuse utérine, et le docteur Pernod, médecin d'une manufacture de tabac, lut un rapport il y a quelques années, devant la Société médicale de Lyon, d'où il résulte que la plupart des ouvrières en tabac sont ménopausées à 30 ans. (Communication orale de M. le professeur Tédenat.) — Il résulte de tout ce qui précède que le tabac, comme les autres intoxications chroniques, peut à la longue adultérer profondément la cellule animale, celle de l'utérus en particulier, et la rendre le plus souvent impropre au rôle qu'elle doit remplir.

Le saturnisme provoque aussi chez les ouvrières qui manient le plomb des désordres utérins : métrorragies fréquentes pouvant conduire dans certains cas très rapidement à la cachexie (Blarez), et prédisposition aux avortements. Si l'avortement n'a pas lieu, l'enfant vient à terme et naît chétif et malingre. Il meurt souvent dans le premier âge. Ces ouvrières, comme celles en tabac, sont souvent ménopausées de bonne heure.

I° *Atrophie par affections nerveuses.* — L'atrophie par

excitation psychique est courante. Gottschalk, Jacquet, Scanzoni en citent chacun plusieurs cas. C'est à la sclérose utérine qu'appartient, la manie puerpérale mise à part, l'immense majorité des psychoses qui se développent chez les malades gynécologiques. Les femmes à utérus scléreux présentent des phénomènes nerveux qui vont de la simple bizarrerie de caractère jusqu'à la psychose grave. Comme on l'a dit avec juste raison : « La femme est un utérus servi par des organes. » Tout chez elle ne fonctionne que par lui, tout converge vers lui.

Au moment des premières règles, au moment où utérus, ovaires et mamelles, « ces trois centres de la puberté » comme dit Pidoux, se développent, l'organisme tout entier se met par influence réciproque en activité plus manifeste, et l'enfant de hier va se réveiller demain jeune fille.

Au moment de la ménopause, la femme est plus influencée encore : son caractère peut sans doute seulement changer, c'est l'âge où elle devient belle-mère (de là leur mauvaise réputation) ; mais elle peut aussi devenir folle.

« Rien n'est plus commun, dit Brière de Boismont, que de voir des jeunes filles arriver de la campagne, se mettre en condition à Paris et avoir presque aussitôt une diminution ou une suppression de leurs règles. ».

Une influence psychique sans être accompagnée d'une influence physique, comme dans le cas cité précédemment, — changement de climat — suffit : une jeune mariée, à la suite d'aménorrhée émotive, par crainte d'avoir des enfants ou par désir de se trouver enceinte, verra ses règles se supprimer définitivement et l'atrophie s'emparer de son utérus.

Telle autre que nous connaissons, âgée de 40 ans et

qui perdit son mari à la suite d'une violente maladie aiguë, il y a 10 ans, au moment où elle était en période menstruelle, eut ses règles brusquement supprimées, et définitivement.

Pour d'autres, un bain pris quelques jours avant la période menstruelle peut la faire disparaître à jamais. Le simple contact des mains dans l'eau froide durant les menstrues, peut, dans certains cas, les supprimer pour toujours.

Enfin, dans bien des cas de folie, la femme n'a pas ses menstrues. Le système nerveux remplit mal ses fonctions et l'utérus revient sur lui-même.

Il en est ainsi dans certains cas de paralysies. Scanzoni cite quelques cas d'atrophie utérine dans la paraplégie.

Chez les jeunes femmes, l'abus du travail intellectuel est une cause fréquente de troubles utéro-ovariens : ce sont des menstrues irrégulières, tantôt très longues, tantôt courtes et rares, accompagnées de douleurs dysménorrhéiques, de céphalalgies, de palpitations cardiaques. Ces femmes sont souvent ménopausées de bonne heure et chez elles la stérilité est très fréquente. Les gynécologues américains et en particulier Goodell insistent sur la fréquence de ces phénomènes et de l'atrophie utérine chez les jeunes filles américaines ; à cette dégénérescence de l'organe il n'attribue d'autre cause que les préoccupations constantes et le surmenage cérébral qu'entraînent l'activité fiévreuse et les besoins de la vie en Amérique.

Aussi recommande-t-il les exercices physiques et la vie au grand air comme le correctif nécessaire des troubles nutritifs dérivant des travaux intellectuels portés à un excès dangereux.

5° *Atrophie par lésions de l'utérus et des annexes.* —

Les inflammations de l'utérus dues au microbes pathogènes produisent la sclérose de cet organe. Scanzoni prétend que la métrite et l'endométrite tendent, d'une façon plus ou moins marquée et plus ou moins rapide, à l'atrophie utérine. Vertheim et Madlener insistent sur ce fait que le gonocoque pénètre dans l'épaisseur de la paroi utérine ; on comprend donc qu'il puisse en déterminer la sclérose atrophique.

« Dans un cas, dit Doëderlein, je vis une femme de 27 ans, jusque-là saine et forte, qui eut une atrophie concentrique assez rapide de l'utérus. La cavité mesurait seulement 4 centimètres de longueur. La paroi était d'une dureté ligneuse à la suite d'une blennorragie. Les règles restèrent supprimées pendant plusieurs mois et la malade se croyait enceinte. Plus tard les règles revinrent, l'utérus augmenta un peu de volume, mais resta toujours petit. »

Dans certains cas, l'utérus, malgré un traitement rationnel, peut continuer à subir le travail d'inflammation dont il est atteint. Dans ces cas il n'y a pas *restitutio ad integrum* de la muqueuse et des tissus qui entourent les glandes. L'inflammation se prolonge indéfiniment. De nouvelles poussées inflammatoires bénignes succèdent à la première et le tissu embryonnaire tend à s'organiser, à devenir scléreux. Le col utérin est bosselé de kystes, qui, incisés, se vident de leur contenu et restent béants. Le muscle utérin crie sous le couteau. Les glandes de la muqueuse sont réduites à des cavités kystiques enfermées dans une gangue scléreuse. Autour des kystes se trouvent, enserrés dans ce tissu de sclérose, quelques rares canaux glandulaires. Des travées conjonctives s'éloignant de la muqueuse s'enfoncent entre les fibres lisses qu'elles étouffent. La tunique externe des vaisseaux se sclérose.

Comme tout autre organe, l'utérus peut être atteint de

tuberculose ou de syphilis qui le mènent infailliblement à la sclérose. On peut observer dans le cas de tuberculose, soit des granulations grises, soit des ulcérations. Ces lésions engendrent dans la matrice des zones inflammatoires qui, quelquefois, s'étendent au point d'envahir l'organe entier. Quand elles guérissent nous assistons à un travail de sclérose ; c'est d'ailleurs le processus de guérison de la maladie. Plus les gommes sont nombreuses, plus l'utérus, une fois guéri, sera scléreux.

Astruc, Witehead, Wirchow, qui ont étudié la syphilis utérine, s'accordent à remarquer dans cette affection la dureté ligneuse de l'organe. L'accident primitif laisse seulement un noyau de sclérose cicatricielle. Les accidents secondaires, tout en surface, sont aussi sans grandes lésions anatomiques et déterminent simplement une infiltration embryonnaire superficielle au-dessous des ulcérations. Les lésions tertiaires sont bien différentes et lèsent profondément les tissus. Elles sont comparables aux infiltrations scléreuses de nature syphilitique qui frappent le foie, par exemple.

Il est enfin des scléroses traumatiques de l'utérus qui viennent à la suite de déchirures du col, après des tentatives maladroites d'avortement. Des corps étrangers qui s'enkystent peuvent faire de la sclérose utérine, et comme tels on peut considérer, par exemple, les tumeurs qui sont le centre d'un travail sclérogène qui a pour effet d'inclure le foyer morbide dans le but de défendre l'organe attaqué dans sa vitalité.

L'opération de Schrœder favorise, elle aussi, l'atrophie utérine et certains opérateurs, redoutant pour des causes particulières l'hystérectomie, se servent de cette opération quand il s'agit d'enlever une légère production épithéliomateuse de la muqueuse du col, cherchant par là-même

aussi bien à enlever le mal qu'à faire régresser la vitalité exagérée de l'utérus. Un caustique tel que la pâte de Canquoin, introduit dans la cavité de l'utérus ou appliqué sur le col suffit parfois à occasionner l'atrophie (Arnozan). On peut rencontrer aussi des cas de scléroses du col dues à des pessaires, se communiquer au corps (Doléris).

Mais ce n'est pas seulement par les lésions dont il est le siège que l'utérus peut arriver à l'atrophie. Les lésions annexielles l'influencent ; il doit compter avec elles. Nous ne saurions les passer toutes en revue ; nous nous contenterons d'en citer quelques-unes.

Luther et Vertheim insistent sur la possibilité dans le cas de transfert du gonocoque, de l'utérus à l'ovaire, par les voies lymphatiques et sanguines, d'atrophie utérine par contre-coup. Von Roston, Zneifel, Frommel, Witte ont trouvé le pneumocoque dans du pus d'abcès de l'ovaire en l'absence de pneumonie ; le coli-bacille a été vu dans des abcès de l'ovaire au cas d'adhérences de celui-ci avec l'intestin. De tels ovaires peuvent aussi entraîner l'atrophie de l'utérus. La tuberculose ovarienne primitive n'est pas rare ; elle aussi peut contribuer, en dehors de la tuberculose pulmonaire, à faire de l'atrophie utérine.

Des lésions de périovarite, des ovaires scléro kystiques, des salpingites, des tumeurs de voisinage, des pelvi-péritonites peuvent retentir de façon analogue sur l'organe utérin. Dans un certain nombre de cas d'atrophie utérine, on trouve des lésions annexielles, des traces de para-métrites qui paraissent être les seules causes de l'atrophie en question.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

La plupart des symptômes d'atrophie utérine sont de même ordre. Cependant, comme les causes diffèrent, certains peuvent faire défaut dans tels cas et se présenter dans d'autres. Aussi, pour la clarté de cette exposition, diviserons-nous l'étude de l'atrophie utérine en deux parties. D'abord, nous traiterons des *symptômes communs* à tous les cas d'atrophie utérine : ce sont les plus importants. Nous dirons ensuite quelques mots des *symptômes particuliers* à certains cas.

1. *Symptômes communs.* — Ce sont les troubles de la menstruation qui attirent en premier lieu l'attention de la malade. Ses règles sont devenues irrégulières. Leur durée augmente, tandis que l'écoulement diminue d'abondance ; ou bien l'écoulement sanguin diminue, tandis que la durée s'accroît. Parfois, la coloration du flux menstruel est pâle, c'est à peine s'il tache le linge en rose. A l'aménorrhée du début font suite des ménorragies abondantes. Les règles sont toujours douloureuses et, pendant tout le temps de leur durée, les malades sont condamnées à garder le lit. La leucorrhée est rare. Comme conséquence de tous ces troubles, une fois les menstrues dis-

parues, la stérilité est la règle. Chez certaines malades même, l'anaphrodisie se montre précocement.

A côté de ces signes locaux, il existe toute une série de symptômes généraux et à distance. Les malades ont des douleurs sourdes de l'hypogastre sans grandes exacerbations. Elles accusent dans la région lombaire des tiraillements fort pénibles. Parfois même, ces tiraillements s'irradient des aines à la région de la face interne des cuisses. Les femmes peuvent avoir des douleurs dans l'une ou l'autre épaule. La plupart sont des nerveuses ; elles dorment mal, elles sont variables d'humeur, pleurent et rient sans motif. Leur facies est parcheminé avant l'âge, et bien des fois, tandis que leur utérus s'atrophie, leurs seins diminuent de volume, se ratatinent, sonnant eux aussi, avant l'heure, le glas de la beauté.

Si nous passons à l'examen physique : toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, toucher rectal associé à l'abaissement de l'utérus, examen au speculum, complété par l'hystérométrie, quelles notions en retirons-nous ?

L'utérus est diminué de volume, et cette diminution est parfois si prononcée qu'il est, nous l'avons vu, presque impossible de l'apprécier, l'utérus échappant à tout moyen d'investigation.

L'organe utérin est le plus immobilisable et présente souvent des positions vicieuses. Son col est petit, scléreux, dur, réduit à l'état de moignon, ne dépassant pas le niveau du cul-de-sac vaginal ou y faisant seulement une légère saillie.

A l'hystéromètre, qu'il est dangereux de manier à la légère, et auquel il faut imprimer une courbure en rapport avec la direction de la cavité — condition qu'il est délicat de réaliser dans certains cas de version ou de

flexion prononcée — on trouve une notable diminution de la cavité de l'organe pouvant varier de 5 centimètres à 12 millimètres (deux cas de Jacquet).

Simpson a vu, dans un cas semblable, une sonde, introduite sans ménagement, traverser la paroi utérine, qui n'avait pas plus d'épaisseur qu'une « feuille de papier », et pénétrer dans la cavité péritonéale. Frœmmel, A. Martin ont signalé de pareilles perforations. Si l'examen a été fait de façon aseptique, la perforation de l'utérus peut être considérée comme dénuée de gravité.

Certains cas ont été rapportés d'atrophie utérine accusée jusqu'à la disparition complète de l'organe. Whitehead (*British Medical Journal*, 1902) donne l'observation d'une femme, âgée de 39 ans, ayant eu quatre grossesses, chez laquelle on constate l'*absence de l'utérus* par le toucher rectal combiné avec l'introduction d'une sonde rigide dans la vessie. Les docteurs Therburn, Lloyd, Roberts et Windser confirment l'observation de Whitehead. Lawson-Tait se refuse à y croire. Bolton aurait également observé deux cas d'absence de l'utérus (*Brit. Med. Journ.*, 1892).

A part ces quelques cas — exceptionnellement rares dans la bibliographie médicale — où l'utérus est absent, l'hystéromètre donne des sensations particulières sur la façon dont la muqueuse s'est comportée pendant que s'établissait l'atrophie. On peut se trouver en présence de restes fongueux de la muqueuse s'étant révélés d'ailleurs par de fréquentes hémorragies. Ou bien on peut avoir affaire au type parfait d'atrophie scléreuse, avec surface interne dure, indolente, lisse ou parfois raboteuse. L'hystéromètre renseigne sur le type atrophique auquel se rattache le cas que l'on considère.

II. *Symptômes particuliers.* — Les symptômes propres à certains cas particuliers ne nous arrêteront guère ; nous ne citerons que les plus fréquents. L'atrophie sénile prématurée est caractérisée par ce fait que la femme qui en est porteur est plus vieille que son âge, et elle a, avant qu'il en soit le temps, les attributs de la sénilité. Elle a toujours été chlorotique. Ses artères sont dures et petites. Des traces de scrofule peuvent se voir dans les régions ganglionnaires du cou. Elle peut avoir une hérédité tuberculeuse. (Se rapporter aux deux exemples du paragraphe traitant de l'atrophie sénile.)

L'atrophie de lactation a, elle aussi, une symptomatologie propre. Elle s'accompagne souvent de cette galactorrhée interminable que rien ne peut tarir. Une telle galactorrhée, coïncidant avec de l'aménorrhée après l'accouchement, peut mettre sur la voie du diagnostic d'atrophie utérine, hormis les cas d'anémie ou de grossesse survenant durant la lactation.

Les symptômes propres à l'atrophie de castration sont ceux décrits, en particulier, par Jayle (*Revue de gynécologie*, mai-juin 1897) : bouffées de chaleur, perte de mémoire, modification du caractère, troubles du sommeil, vices de la nutrition et phénomènes dyspeptiques, asthénie neuro-musculaire, névralgies, céphalée, vertiges, palpitations, oppression, éruptions, troubles vénériens.

L'atrophie utérine, par suite de maladies générales ou infectieuses, présente à peu près les mêmes symptômes. Ils se rapprochent plus ou moins des troubles généraux de la ménopause. Cependant les maladies infectieuses se compliquent souvent d'hémorragies abondantes qu'il faut éviter de prendre pour les règles.

Les symptômes fournis par l'atrophie neuro-arthritique sont les suivants : au moment des règles, la femme res-

sent les premiers troubles utérins, menstrues douloureuses irrégulières, tantôt abondantes, tantôt diminuées, pertes blanches avec pesanteur dans le bas-ventre, coliques utérines. Mariée ou devenue mère, ses souffrances augmenteront ; les règles perdront de plus en plus leur périodicité ; ensuite de véritables métrorragies rebelles amèneront la malade à un état d'anémie très prononcé.

Dans les cas d'atrophie par intoxication, s'ajoutent aux symptômes de l'atrophie utérine ceux provoqués par la substance toxique en cause.

Si l'atrophie résulte d'une affection nerveuse, des troubles psychiques viendront compliquer les signes utérins.

Les symptômes d'atrophie consécutive à la paramétrite sont : douleurs à la défécation et à la miction résultant de la gène fonctionnelle qui provient de l'envahissement des tissus péri-utérins et péri-vésicaux par le processus inflammatoire. Dans les cas de périmétrites anciennes ayant été le siège d'un travail de résorption, des tiraillements douloureux sont éprouvés par la malade ; les signes objectifs sont les suivants : l'utérus est le plus souvent fixé en rétroversion et absolument immobilisable ; le cul-de-sac de Douglas présente de l'empâtement ; des brides adhérentielles épaississent et tendent les ligaments utérins, de préférence ceux utéro-sacrés. Les annexes peuvent échapper au toucher ; mais souvent les ovaires sont légèrement douloureux à la pression, scléreux ou kystiques.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Sans négliger les symptômes locaux sur lesquels nous avons suffisamment insisté, nous demanderons surtout à l'état général et aux antécédents de la malade les moyens du diagnostic de l'atrophie utérine.

Le diagnostic d'atrophie sénile prématurée découlera d'antécédents chlorotiques et de manifestations cardio angio-hématiques. Réglées tard dans ce cas, les femmes seront tôt ménanposées.

N'insistons pas sur le diagnostic d'atrophie de castration, puisqu'elle est la conséquence naturelle et souvent le but de l'intervention opératoire.

L'atrophie de lactation surviendra chez une nourrice, elle pourra s'accompagner de galactorrhée. Il faut éviter de la confondre avec l'atrophie d'anémie pouvant se produire chez une femme insuffisamment forte que l'allaitement épuise ; mais dans ce cas, loin d'y avoir galactorrhée, la sécrétion lactée a plutôt tendance à se tarir.

La constatation chez une femme jeune, ayant récemment accouché ou avorté, d'un utérus petit et scléreux, d'une aménorrhée persistante ou de menstrues diminuées et irrégulières, fera songer à l'atrophie post-puerpérale.

Les atrophies survenues au cours ou à la suite de maladies infectieuses, de maladies aiguës ou chroniques, seront naturellement décelées par l'interrogatoire ou les signes propres à ces maladies.

Le neuro-arthritisme est le propre des femmes qui souffrent de migraines, de vertiges, de bouffées de chaleur, de douleurs articulaires et névralgiques, invalides de toute une vie, au moral si profondément atteint. Le médecin qui envisagerait le seul état local de ces malades en ferait des métritiques hémorragiques vulgaires. Celui qui examinera minutieusement l'état général dira : atrophie par neuro-arthritisme.

Mais nous devons rappeler que ce diagnostic deviendra obscur, lorsqu'une nouvelle maladie compliquera la première, lorsque des microbes viendront pulluler dans la cavité utérine et y déterminer de la suppuration. Le médecin attentif pourra seul percevoir à travers l'affection banale la cause originelle, la diathèse qui a mis l'utérus en état de moindre résistance, qui en a fait le terrain favorable et la proie facile aux microbes pathogènes.

Nous n'insisterons pas sur l'atrophie par intoxication dont le diagnostic ressort de l'interrogatoire de la malade ou des troubles organiques propres à la substance toxique qui a pénétré l'organisme.

D'après M. le professeur Mairet, une proportion de 5 0/0 des femmes de l'Asile d'aliénés de Montpellier seraient ménauposées prématurément. Il est important dans ces cas de savoir si l'atrophie utérine a précédé ou suivi les troubles psychiques ; le traitement, en effet, dépend de l'élucidation de ce point.

Dans les cas où le palper bi-manuel sera impuissant à

apprécier la diminution du volume de l'utérus, soit qu'il se trouve perdu au milieu d'un empâtement inflammatoire ou que des tumeurs voisines en empêchent l'accès, soit que lui-même soit le siège de tumeurs, l'aménorrhée devra être un des principaux moyens du diagnostic.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'atrophie sénile de la ménopause sera naturellement négligée dans ce chapitre. Il serait puéril de s'efforcer en vain de prolonger au-delà des limites que la nature lui assure la vie génitale d'une femme. On doit laisser l'atrophie s'établir et se contenter de traiter et même de prévenir, si l'on peut, les complications qu'elle entraîne quelquefois.

Quant aux atrophies pathologiques, notre rôle est de les prévenir et de les traiter.

A ces chlorotiques tardivement réglées, vierges, jeunes femmes ou femmes approchant de la ménopause, nos prescriptions viseront surtout le régime, car c'est l'état général qui est en cause. Donc, usage modéré du vin, pas de boissons alcooliques, pas de café, peu de viande, tels sont les points principaux du régime qui leur convient. Quant aux préparations ferrugineuses et aux toniques médicamenteux si souvent conseillés à ces femmes, l'usage doit en être très modéré, car les premières occasionnent la constipation qui, précisément, doit être évitée à tout prix chez elles ; les seconds peuvent arriver à fatiguer l'estomac à cause de leur digestion difficile, favorisant ainsi cet état dyspeptique si pénible chez ces sortes de malades ; de

plus, ces substances produisent l'intoxinisation de l'organisme.

M. le professeur Tédenat s'exprime ainsi en la circonstance : « Mettez ces malades de toute une vie au régime lacto végétarien, aux frictions sèches matin et soir, aux bains chauds, aux lavements salés qui activent la diurèse et facilitent par cela même l'élimination des toxines alimentaires, au massage abdominal et utérin ; conseillez-leur le plein air, le grand soleil, loin de l'atmosphère enfiévrée des villes, et vous aurez de véritables résurrections. »

Quelques injections chaudes, quelques tampons glycérinés et ichtyolés compléteront le traitement.

Nous passerons sous silence le traitement de la sclérose de castration, puisqu'elle est bien souvent recherchée ; et ses troubles, quand ils existeront, étant en tous points semblables à ceux de la ménopause normale, seront traités comme tels.

A cette femme qui allaite le produit de sa conception et qui est inquiète sur l'absence de ses règles, une fois l'atrophie pathologique de son utérus diagnostiqué, nous lui recommanderons de sevrer son enfant s'il est en âge, ou du moins de ne plus le nourrir elle-même.

Nous tendrons à ramener vers son utérus le flux cataménial absent par un traitement local consistant en séances de dilatation utérine suivies de lavages intra-utérins chauds, mouchetures, scarifications du col au besoin. Le traitement devra être tenace et continu. Ce n'est que dans des cas exceptionnellement rebelles que la fonction disparue ne se rétablira pas.

Les atrophies puerpérales devraient être rayées à l'heure actuelle du cadre nosologique. Les soins hygiéniques aseptiques dont on doit entourer toutes nos accouchées devraient suffire, à eux seuls, à prévenir toute

puerpéralité. Il n'en est pas toujours ainsi malheureusement et le cas échéant, pour prévenir l'atrophie puerpérale, on devra traiter le plus rapidement possible l'infection utérine.

Si l'on a affaire à des hémorragies abondantes provoquées par des lésions ovariennes d'origine puerpérale, comme il s'en rencontre parfois, le traitement le plus approprié sera de recourir à la castration utéro-ovarienne par la voie vaginale. C'est ce que fit M. le professeur Tédenat dans les deux cas déjà cités dans le cours de ce travail au paragraphe d'atrophie puerpérale.

Au sujet de ces atrophies utérines précédant des maladies générales : tuberculose, chlorose, syphilis, diabète, etc., etc. ou consécutives à elles, la première indication sera dans le traitement de la cause. On cherchera aussi par un traitement local approprié à provoquer une congestion de l'utérus aux époques présumées de l'apparition des menstrues, afin de rétablir la fonction absente.

Contre les atrophies d'origine diathésique on instituera en premier lieu le traitement de la diathèse. On combattra cette « atrophie neuro-arthritique » par le repos d'abord, par des laxatifs, par les sédatifs du système nerveux : « lotions froides, draps mouillés, douches froides pour les femmes apathiques et déprimées ; douches chaudes prolongées, douches écossaises pour les sensibles et les excités » (Richelot).

Les eaux chaudes conviennent aux formes douloureuses: Néris, Plombières, Luxeuil, Aix. Contre les complications veineuses, Bagnols-de-l'Orne paraît souveraine. Si les troubles généraux de la nutrition l'emportent sur les déterminations locales, Royat et Vichy seront plus recommandables.

Pour répondre plus complètement aux tendances dia-

thésiques des malades, les alcalins : iodure de potassium, bicarbonate de soude, seront administrés.

Localement, si les médicaments vasculaires sont restés sans effet sur les hémorragies, le curettage sera prescrit ; supprimant les fongosités de la muqueuse, il coupera court à ces pertes sanguines anémiantes. L'ichtyol suffira dans les formes légères, soit associé à la glycérine et porté sur le col par des tampons, soit par l'introduction des crayons médicamentaux dans la cavité utérine. La cautérisation du col au besoin, si la sclérose est assez avancée, sera associée aux révulsifs, à l'électricité (Apostoli et ses imitateurs : Keith, Spencer Wells, Rivière).

Mais tous ces moyens peuvent être vains et la suprême ressource du traitement, auquel toujours dans ces cas le chirurgien est obligé de se résoudre à contre-cœur, c'est la castration utéro-ovarienne. Elle sera surtout réservée aux cas où existent des métrorragies abondantes.

L'atrophie utérine des maladies infectieuses accompagnée au début de lésions à forme de métrites hémorragiques, d'endo et de para-métrites, sera traitée comme on traite les métrites hémorragiques, les endo et les paramétrites. Si les hémorragies sont trop abondantes au point de provoquer l'anémie de la malade, ici encore, il faudra avoir recours à l'hystérectomie ; l'ovariotomie même devra être recommandée si l'on peut arriver à faire le diagnostic, fort difficile d'ailleurs, d'ovarites ourliennes, pneumococciques fort rares.

Dans les cas d'atrophie d'intoxication, supprimer la cause sera le meilleur moyen d'enrayer le mal. Ensuite devront être prônés les moyens locaux, déjà cités précédemment, capables de ramener la fonction disparue.

Il en sera de même dans les cas d'affections nerveuses

et de lésions de l'utérus et des annexes. Traitées dès le début, ces malades, une fois la cause de leur atrophie supprimée, verront reparaître leurs règles. Mais parfois, malheureusement, ce n'est qu'après avoir trop longtemps patienté qu'elles consentent à demander conseil.

La lésion est trop avancée pour qu'il soit possible de la faire régresser. A défaut de traitement efficace, on est obligé d'avoir recours à des palliatifs de second ordre ; et des femmes jeunes encore, dont la fonction la plus pénible, mais aussi la plus belle qu'il soit, aurait été de continuer à procréer, restent, malgré tout, à jamais stériles.

OBSERVATIONS

Observation Première

In thèse de Hepp, Paris 1899. — Observation de M. le professeur Richelot

Pseudo-metrite.

Mlle Clémence B.... 20 ans, sans profession. Vierge. C'est une fille nerveuse, sans aucun antécédent pathologique, qui, depuis deux mois, souffre de leucorrhée et de douleurs dans le ventre. Réglée depuis l'âge de 16 ans, ses règles ont toujours été abondantes et douloureuses.

A l'examen, tout l'appareil génital paraît normal, on ne constate que de la leucorrhée et qu'une grande sensibilité ovarienne.

Les douleurs ayant résisté à tous les traitements, le 19 février 1891 un curettage est pratiqué; il ne décèle rien d'anormal du côté de la cavité utérine. Résultat nul. Les douleurs persistent

26 mars 1891. — Devant l'échec du curettage, M. Richelot fait une laparotomie exploratrice qui lui montre un corps utérin normal dans un péritoine sain, mais qui, par contre, fait découvir deux énormes ovaires polikystiques allongés. Castration bilatérale. Suites opératoires tout à fait normales. Les douleurs de la malade disparaissent presque entièrement jusqu'au mois d'août 1891. A ce

moment, elles reparaissent et s'accentuent progressivement en dépit de tous les médicaments anti-névralgiques. La malade et sa mère supplient M. Richelot de pratiquer une nouvelle opération.

14 juin 1892. — M. Richelot fait l'hystérectomie vaginale, qui est rapide malgré l'étroitesse extrême du vagin. Depuis ce jour, guérison parfaite, qui s'est maintenue depuis.

Observation II

In thèse de Hepp, Paris 1899. — Observation de M. le professeur Richelot. Utérus scléreux infecté.

Mme L..., 36 ans, femme de chambre. A toujours eu des règles douloureuses. Trois enfants. Métrite, il y a 7 ans, qui a nécessité un Schrœder. Métrorragies abondantes et incoercibles depuis quelque temps.

Examen. — Col volumineux. Corps utérin très gros. La cavité mesure 11 centimètres à l'hystéromètre. Annexes d'apparence saine.

Diagnostic. — Utérus scléreux ou fibrome.

11 juillet 1894. — Hystérectomie vaginale par morcellement. Utérus scléreux, à parois épaissies et dures, mais à *cavité dilatée, à parois chagrinées tapissées d'une quantité énorme, exceptionnelle, de fongosités.* Suites parfaites.

Mais la malade, qui a toujours souffert de douleurs rhumatismales mobiles, continue à souffrir à l'occasion de fatigues.

Revue en 1898. Santé excellente, sauf quelques douleurs rhumatismales.

Observation III

In thèse de Brioude. Paris 1896. — Cervicite chronique. Inflammation chronique des glandes. Sclerose interstitielle. Induration profonde du stroma du col. Traitement. Curettage. Incision bilatérale.

Mme L..., 1892. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires.

La malade est une névropathe, réglée à 13 ans régulièrement : règles peu abondantes.

Les règles s'accompagnent toujours d'accidents nerveux. Entre les règles, leucorrhée.

Mariée à 21 ans, les règles deviennent plus douloureuses, la leucorrhée plus abondante. Constipation opiniâtre, troubles de la nutrition; ni grossesses, ni fausses couches.

La malade se plaint d'une douleur particulière dans la fosse iliaque droite, irradiant dans les cuisses, jusqu'au genou et même quelquefois jusqu'aux articulations tibio-tarsiennes.

Le toucher vaginal est très douloureux, on constate que le cul-de-sac gauche est souple, ainsi que le cul de-sac postérieur; le cul de-sac droit est dilaté et très douloureux; cathétérisme très douloureux, cavité 7 centimètres.

L'utérus est petit, presque infantile ; annexes petits, légèrement enflammés : nervosisme extrême.

Opération le 17 mai 1892. Curettage, incision bilatérale du col, cautérisation des surfaces de section avec le thermocautère. Guérison.

Observation IV

In thèse de Bouquet, 1895. — Primipare. Atrophie scléreuse. Infection puerpérale. Dysménorrhée.

D... Gabrielle, 25 ans, couturière, réglée pour la première fois à 14 ans, régulièrement depuis. Pas de maladies antérieures. A accouché pour la première fois, le 19 juin 1894, d'un enfant vivant pesant 4.170 grammes, à la clinique de la rue d'Assas. Elle a eu, à la suite de cet accouchement, de la fièvre ayant nécessité son isolement. Malgré tous les avis qu'on lui donna, sortit au bout de 9 jours et souffre depuis ce temps du ventre et des reins. Beaucoup de leucorrhée. A allaité son enfant.

Actuellement, a vu ses règles très irrégulièrement et en très petite quantité. L'époque menstruelle est l'occasion d'une recrudescence des douleurs. Utérus petit, fixé en rétroversion, sclérosé et très dur. Col petit, violacé. Culs-de-sac libres, sauf le postérieur qui présente une légère sensation d'empâtement. Cavité utérine 0,05 centimètres.

Injections à 18°. Lavements quotidiens à 50°. Les règles sont venues au mois de décembre, après deux mois de ce traitement. Elles ont été beaucoup moins douloureuses. La leucorrhée a disparu. Cavité utérine, le 27 décembre, 0,058 millimètres.

C'est la dernière fois que nous avons vu cette malade.

Observation V

In thèse de Bouquet, 1895. — Atrophie de la portion sus vaginale du col utérin. Lever prematuré. Lactation.

Marie D...., ménagère, 27 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement depuis. Les règles duraient huit jours et étaient indolores. 10 juillet 1891, accouche à terme, à la Maternité, d'un enfant vivant. Se lève le sixième jour. A nourri son enfant dix-huit mois et, de plus, un nourrisson pendant trois mois.

Depuis le sevrage de cet enfant, elle souffre dans le ventre et a de grandes douleurs lombaires irradiant vers l'épaule, le sein gauche, etc.

Elle perdait à cette époque du sang tous les quinze jours et a souffert tellement à ce moment qu'elle était obligée de se coucher pendant ses règles.

Vient à la consultation le 30 mars 1895.

Examen. — Utérus gros et douloureux, col gros. La portion sus-vaginale du col est très notablement atrophiée et a perdu environ la moitié de son épaisseur normale. Endométrite légère, muqueuse utérine fongueuse, saignant facilement, douleur à l'hystéromètre.

On suppose qu'il doit y avoir eu rétroflexion de cet utérus avant la grossesse, la malade accusant vers cette époque des douleurs abdominales et une constipation très opiniâtre. L'utérus se sera redressé pendant la grossesse et l'atrophie puerpérale aura porté sur le *locus minoris resistentiæ*, c'est-à-dire sur le point de flexion antérieure.

Diagnostic. — Métrite chronique légère avec atrophie de la partie sus-vaginale du col.

Traitement. — Injections chaudes au sublimé à 1/100 Lavements chauds. Pansements quotidiens à la glycérine iodoformée. Attouchements de la cavité utérine au naphtol camphré.

1er mai 1895. — Toute douleur ayant disparu, ainsi que les métrorragies, la malade insiste pour sortir de l'hôpital. La portion sus-vaginale du col ne s'est nullement modifiée.

Observation VI

In thèse de Bouquet, 1895.— Atrophie scléreuse. Infection puerpérale.

Sophie M..., 29 ans, ouvrière en papiers, sans antécédents, ni personnels, ni héréditaires. Ignore la date de ses premières règles.

Se souvient seulement qu'elles étaient régulières, non douloureuses, et duraient de trois à quatre jours.

Premier accouchement en 1889, en ville. A été malade à la suite et soignée à l'hôpital.

Deuxième accouchement en 1890. Suites de couches normales.

Troisième accouchement le 17 avril 1893, à terme. Le travail a été court.

Présentation du sommet ; une sage-femme assistait à l'accouchement qui a été normal. Elle a fait, à la suite, des injections d'acide borique. Mais la malade a eu néanmoins plusieurs jours de fièvre vive. Elle est restée huit jours au lit et n'a travaillé qu'au bout de deux mois. A allaité neuf mois son enfant, et le retour des couches est venu au bout de six mois.

Les règles sont, depuis, régulières, mais viennent deux fois par mois et bien moins abondamment qu'autrefois.

Vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 31 octobre 1894, pour des douleurs abdominales, et surtout des douleurs lombaires très tenaces et très vives.

L'examen révèle la présence d'un utérus petit, scléreux, fixé en rétroversion ; le col est un peu gros et béant. La cavité utérine mesure 51 millimètres.

Traitement. — Injections chaudes au sublimé. Lavements chauds. Ce traitement est continué jusqu'au mois de mars 1894, époque où les règles étant devenues plus régulières et plus abondantes, et les douleurs abdomino-lombaires ayant complètement disparu, la malade cesse de se faire examiner.

———

RÉSUMÉ

Nous avons posé en premier lieu les dimensions moyennes de l'utérus de la femme adulte : 6 à 7 centimètres pour la longueur, 4 pour la largeur chez les nullipares ; 6, 8 centimètres à 8 centimètres pour la longueur, 4, 3 à 5 centimètres pour la largeur chez les multipares.

Après avoir noté les cas physiologiques (gigantisme utérin) et pathologiques (inflammatoires) où l'utérus est augmenté de volume, nous avons traité de l'atrophie utérine en général. Nous en avons distingué certains cas : utérus fœtalis, utérus infantilis et utérus pubescens, auxquels doit s'appliquer de préférence le mot d'hypoplasie, parce qu'il signifie insuffisance primitive, originelle du développement organique. Nous avons cité les moyens qui sont à notre portée de faire le diagnostic différentiel de ces trois cas, et nous avons terminé par le traitement qui peut être appliqué aux deux derniers.

Nous en sommes ensuite arrivé à l'atrophie proprement dite. Nous avons fait deux parts des atrophies : 1° physiologique, 2° pathologique. Sous ce premier titre, nous avons considéré l'atrophie sénile, l'atrophie artificielle ou de castration et l'atrophie de lactation ou d'hyper-involution ; pour cette dernière, nous nous sommes attaché à fixer ses limites physiologiques, et nous avons indi-

que les moyens de la traiter quand elle s'exagère. Cette distinction nous a conduit naturellement au deuxième titre de notre division : les atrophies pathologiques. Nous les avons réparties en puerpérales et non puerpérales, cette dernière classe se décomposant elle-même en autant de sous-classes qu'il peut exister, d'après Thorn, de causes étiologiques. Contentons-nous d'énumérer ces dernières : maladies générales, maladies infectieuses, intoxications, affections nerveuses et lésions utérines ou annexielles

Nous avons ensuite traité de la symptomatologie des atrophies utérines : signes objectifs et subjectifs, locaux et généraux, puisant dans leur groupement rationnel les éléments du diagnostic.

Enfin nous avons passé en revue les divers traitements, tant locaux que généraux, de l'atrophie utérine.

A part trois observations inédites, dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, et intercalées dans le texte, nous avons cru utile d'en rapporter six autres, déjà publiées, à la fin de ce travail.

— —

BIBLIOGRAPHIE

ALBUTT and PLAYFAIR. — A system of gynecology.

ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus. Paris, 1858.

BLONDEL. — Un cas de superinvolution utérine. *In* Gynécologie. Paris, 1900.

BARNES. — Diseases of women. London, 1878. Traduction française de 1876.

BOUQUET. — Des atrophies utérines postpuerpérales. 1895

BRIOUDE. — Des scléroses de l'utérus. Paris, 1896.

BARIE. — Etude sur la ménopause. Paris, 1877.

BISCHOFF. — Sur la menstruation. *In* Gaz. méd. 1843.

BERNUTZ. — Clinique médicale des maladies des femmes. Paris, 1860.

BRIERRE DE BOISMONT. — Mémoires de l'Académie royale de médecine, t. IX. Paris, 1841.

BRIERRE DE BOISMONT. — De la menstruation. Paris, 1842.

BOUCHARD. — Traité de pathologie générale. 1903.

CARTER. — British med. journal, p. 1382. 1888.

CORTEZARENA. — *In* Congrès médical international de Paris. 1867.

Compte-rendu de la Société de médecine de Nancy. 1861.

COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus. 1872.

CHARLEONI. — Gazetta degli ospitali. N° 23.

DUCHÊNE. — Sur la déviation des règles. *In* Moniteur des Hôp. 1856.

DUGÈS et BOIVIN. — Traité des maladies de l'utérus. Paris, 1833.

DESORMEAUX et DUBOIS. — Article Menstruation du Dictionnaire en 30 vol. 1839.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VIII. Paris, 1892.

FRAENCKEL. — In Archiv für gynœcologie, p. 120. 1901.

FRÖMMEL. — Zeits für geb. In gynœcologie, p. 305. 1882.

FOURNIER. — Leçons sur la syphilis chez la femme. 1873.

GIRWOD. — Sur la menstruation. *In* Gaz. méd. de Paris. 1843.

GODARD. — Observation relative à la menstruation. *In* Gaz. méd. de Paris. 1854.

GRYNFELLT. — Gazette des sciences médicales de Montpellier, n° 39. 1891.

HEPP. — Sclérose utérine et métrite chronique. 1899.

HART et BARBOUR. — Manuel de gynécologie.

HALLÉ. — Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme. Paris, 1898.

HÉGAR. — Operative Gynækologie. Stuttgart, 1874.

HEITZMAN. — Cent. für gesam Ther. 1889.

HALLOPEAU. — Pathologie générale. 1890.

JOULIN. — Mémoire sur la menstruation. *In* Congrès médical international de Paris. 1867.

KELLY. — Amer. J. of obst., t. XX, p. 180. 1887.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. 1898.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chir. clinique et opératoire. 1901.

MENVILLE. — De l'âge critique chez les femmes. 1840.

MILSON. — Thèse de Lyon. 1880.

PETREQUIN. — Recherches sur la menstruation. Paris, 1835.

POLAILLON. — Gigantisme utérin. *In* Union médicale, nov. 1887.

POZZI. — Traité de gynécologie. 1890.

PUECH. — Annales de gynécologie. 1874.

Pathologie générale. — Gross, Rohmer, Vautrin et André, t. IV. 1893.

RICHELOT. — Les pseudo-métrites des arthritiques nerveuses. *In* Bulletin médical, mars 1899.

— Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, Mai 1900.

— Chirurgie de l'utérus. 1902.

RACIBORSKI. — Recherches sur la menstruation. *In* Gaz. méd. 1843.

— Traité de la menstruation. 1868.

RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique. 1897.

SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique. Traduction Chantreuil.

— Superinvolution of the uterus. Edimbourg med. Journal, mai 1883.

SINETY (DE). — Traité pratique de gynécologie. Paris, 1884.

SOKOLOFF. — Archive für Gyn., t. II, 1896.
SANGER. — In Centralblatt f. Gyn. 1888-89.
SMALENS. — De la suppression brusque de la menstruation. Paris, 1857.
VEIT. — Handbuch der Gynækologie. Article Atrophia uteri, par Döderlein.
W. WHITEHEAD. — British medical journal, octobre 1872.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 16 Juillet 1903.
Le Recteur,
Ant BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 16 Juillet 1903.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !